ESSAI

N° 90.

SUR

LES ACCIDENS INFLAMMATOIRES

CONSÉCUTIFS

AUX OPÉRATIONS CHIRURGICALES,

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 mai 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR HIPPOLYTE DIARD, de Paris,

Département de la Seine;

Ancien interne de première classe des hôpitaux et hospices civils de la même ville; ancien Élève de l'École pratique.

Duo sunt præcipui medicinæ cardines, ratio et observatio.
BAGLIV., *Prax. med.*, lib. 1, p. 6.

Artem medicam sola experientia fecit, eamdem sola experientia perficiet. STORCK, *Ann. med.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	GRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Suppléant.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT,
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Président.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocq fils.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte.)	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Suppléant.*	Richard.
Dubois.	Rochoux, *Examinateur.*
Gaultier de Claubry.	Rullier, *Examinateur.*
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

BOYER ET ROUX.

Hommage de respect et de reconnaissance éternelle pour leurs savantes leçons et les bontés dont ils m'ont honoré.

H. DIARD.

ESSAI

SUR

LES ACCIDENS INFLAMMATOIRES

CONSÉCUTIFS

AUX OPÉRATIONS CHIRURGICALES.

Les accidens qui succèdent aux opérations chirurgicales ont été distingués en *primitifs* et *consécutifs*, suivant qu'ils se développent immédiatement ou quelque temps après qu'elles ont été pratiquées. Mais, parmi ces derniers, il en est qui sont propres à telle opération en particulier, et qui, de plus, se rapprochent par leur nature des accidens primitifs. Ainsi, lorsque le cours du sang a été interrompu dans la totalité d'un membre par suite de la ligature de son artère principale, on peut avoir à craindre d'abord que, la circulation collatérale ne s'établissant pas assez promptement, la gangrène ne s'empare du membre; puis, alors même que la circulation est bien rétablie, que l'artère ne soit coupée avant son oblitération complète, et qu'il ne survienne une hémorrhagie. Cet accident est d'autant plus à craindre qu'on l'observe quelquefois à des époques où ordinaire-

ment on n'a plus à le redouter. Dans un cas où M. le professeur *Roux* avait pratiqué la ligature de l'artère crurale pour un anévrysme poplité, il a vu survenir au trente-quatrième jour après l'opération, et lorsque le malade était presque guéri, une hémorrhagie qui eût été funestes si ses secours éclairés n'avaient été prodigués aussitôt.

De tous les accidens consécutifs aux opérations chirurgicales, le plus fréquent est l'inflammation, soit des parties sur lesquelles on a agi, soit de celles qui les environnent, ou encore, ce qui est beaucoup plus grave, de parties plus éloignées, telles que les viscères splanchniques. Toutefois si, dans un certain nombre de cas, il est de ces prédispositions morbides intérieures qui se développent à l'occasion de l'opération la plus légère, et contre lesquelles tous les moyens de traitement échouent, il faut avouer que plus souvent ces moyens sont efficaces, et que si la terminaison est malheureuse, c'est qu'ils n'ont pas été employés à temps ou avec assez d'énergie. Lorsqu'un individu bien portant ou dont la santé était peu altérée vient de subir une grande opération, son état se trouve notablement changé ; on peut le considérer comme étant affecté d'une phlegmasie aiguë, et il doit être traité comme tel. Les réactions sympathiques qui s'exercent sur tous les organes intérieurs sont tellement nombreuses que tous les appareils peuvent se ressentir de la secousse imprimée à l'économie, et si quelques-uns d'entr'eux sont déjà malades, ils sont plus disposés que tout autre à être influencés d'une manière fâcheuses ; aussi les lésions qu'on trouve sur les corps d'individus qui ont succombé sont-elles très-variées. C'est à cause de cette facilité extrême qu'ont les affections intérieures à venir compliquer les lésions extérieures qu'il importe qu'un chirurgien possédant toutes les connaissances nécessaires à la pratique de la médecine sache aussi-bien qu'un médecin distinguer, apprécier l'état des organes intérieurs à travers les enveloppes épaisses qui les entourent, et pour cela il faut qu'il ait étudié le mécanisme de leurs fonctions dans l'état normal, qu'il se soit souvent aidé de tous les moyens d'investigation connus pour parvenir à établir un diagnostic exact et précis de leur état maladif, et que des ouvertures

nombreuses de cadavres l'aient mis à même de rattacher l'étude des lésions à celle des symptômes.

C'est surtout après les opérations où on retranche une partie plus ou moins considérable d'un membre qu'on voit se développer des accidens inflammatoires; ils semblent être dus alors au trouble qui a été produit dans les systèmes nerveux et circulatoire. La circulation, réduite à des limites plus étroites, regagne en force ce qu'elle a perdu en étendue, et devient manifestement plus active dans les autres parties du corps, surtout dans les organes intérieurs. Cela sera d'autant plus prononcé que le sujet sur lequel cette opération aura été pratiquée était dans un état qui se sapprochait davantage de celui de santé. Il est, en effet, prouvé par l'expérience que les amputations faites dans le seul but de soustraire une difformité chez des personnes d'ailleurs bien portantes réussissent rarement; il semble, au contraire, que l'état de faiblesse, d'épuisement même, dans lequel se trouvent celles qui sont affectées de maladies chroniques, telles que des caries, des nécroses, etc., qui ont déjà porté leur influence sur le reste de l'économie, soit une circonstance favorable à la guérison. En enlevant la partie malade, on a fait cesser immédiatement la cause des douleurs quelquefois atroces que les malades ressentent, et le sentiment de bien-être qu'ils éprouvent aussitôt est le premier bienfait qu'ils retirent de l'opération. En général, on peut difficilement calculer les chances d'une opération, quelle qu'elle soit. Si on en voit de très-laborieuses être promptement suivies de succès, il en est quelquefois d'autres très-simples qui donnent lieu aux accidens les plus graves. Les observations suivantes viennent à l'appui de ce que j'avance.

Un jeune homme avait eu la main droite brûlée dans sa jeunesse; on n'avait pas, à ce qu'il paraît, veillé avec assez de soin à la manière dont s'opérait la cicatrisation de la plaie, et les deux derniers doigts étaient restés adhérens à la paume de la main au moyen de cicatrices vicieuses. Cet état de difformité de la main étant pour ce jeune homme une source continuelle de gêne lorsqu'il travaillait, il vint à l'hôpital de la Charité dans le mois de mars de l'année 1822,

demander qu'on lui pratiquât l'extirpation du petit doigt. Les conseils que M. *Boyer* lui donna de rester dans l'état où il était, ne pouvant affaiblir sa résolution, il fut opéré. L'extirpation du petit doigt, faite dans son articulation métacarpo-phalangienne, fut assez difficile et très-douloureuse. Le lendemain, le malade souffrait beaucoup, et la main était légèrement tuméfiée : ce gonflement continua à augmenter. Au troisième jour, on leva l'appareil, les bords de la plaie ne s'étaient pas réunis. Au quatrième, des symptômes d'embarras gastrique se manifestèrent, un émétique fut donné, qui procura des évacuations abondantes. Toutefois l'inflammation faisait des progrès, et un érysipèle phlegmoneux s'était emparé de l'avant-bras et du bras. Bientôt quelques points de suppuration se firent sentir, des incisions donnèrent issue au pus. Enfin, l'inflammation gagnant même la poitrine, un vésicatoire fut appliqué pour la borner, un peu au-dessous du creux de l'aisselle. Tous ces moyens n'empêchèrent pas que la gangrène se développât, envahît tout le membre jusqu'aux parois thoraciques, et conduisît le malade au tombeau environ quinze jours après l'opération.

Dans la seconde observation, les suites de l'opération n'ont pas été plus heureuses que dans la première, quoique les accidens aient été en apparence moins graves.

Le nommé Michel Escalas, âgé de 23 ans, dans une chute qu'il fit, de dix pieds de haut, avait eu le pied gauche tout à fait mutilé. La gangrène s'en était emparée, et bientôt la séparation des parties mortes et des parties vivantes s'était faite dans l'articulation tibio-tarsienne. La plaie résultant de cette séparation avait fini par se cicatriser; mais, plus tard la trop grande longueur du moignon gênant singulièrement ce jeune homme, il fit le voyage de Toulouse à Paris, exprès pour se faire pratiquer l'amputation de la jambe. Admis à l'hôpital de la Charité, MM. *Boyer* et *Roux* lui représentèrent que cette opération n'étant pas absolument nécessaire, il serait plus prudent de ne pas s'exposer aux chances qu'elle présentait; mais ce fut en vain qu'ils voulurent changer la détermination qu'il avait prise; il

demanda avec instance à être opéré, et il le fut le 23 avril 1825. Il supporta l'opération avec beaucoup de courage ; la plaie fut réunie par première intention. Dans la journée, il y eut peu de fièvre, le moignon était néanmoins très-douloureux. Le lendemain, le pouls avait plus de fréquence, l'état général était assez satisfaisant.

Le 25 au matin, même état. Le soir, agitation, trouble dans les idées, pouls très-fréquent.

Le 26, vomissemens répétés plusieurs fois dans la journée ; agitation plus grande; le malade fait beaucoup de questions sur sa position, qui paraît l'inquiéter. (Potion calmante.)

Le 27, les vomissemens ont cessé ; on lève l'appareil, le moignon est un peu gonflé; la réunion immédiate est aussi complète que possible ; mais la suppuration qui le recouvre est rougeâtre. Dans la journée nouveaux vomissemens.

Le 28, figure altérée, loquacité, agitation continuelle, délire, pouls petit et très-fréquent ; du reste, pas de toux, pas de douleur de ventre. Dans la journée, sueurs froides sur la figure et les extrémités, carphologie; mort à 9 heures du soir.

L'autopsie du corps fut faite le 30. En examinant le moignon, on observa que le tissu cellulaire sous-cutané était le siége d'une infiltration de pus qui se prolongeait même en dehors de la cuisse jusqu'à la hanche. L'adhésion des bords de la plaie était détruite. La muqueuse gastrique présentait une teinte d'un gris rougeâtre dans presque toute son étendue ; mais cet état semblait être plutôt le résultat de la putréfaction, qui déjà s'était emparée du cadavre, que d'une inflammation réelle. Les poumons étaient engoués de sang, mais crépitans ; le cerveau présentait un peu d'infiltration séreuse du tissu sous-arachnoïdien, vers la partie supérieure des hémisphères; sa substance était d'ailleurs très-ferme et injectée ; tous les vaisseaux du cerveau étaient en général gorgés de sang.

La gravité d'une opération varie selon l'organe sur lequel elle est pratiquée, l'étendue des parties qu'elle comprend, et leur éloignement plus ou moins grand des centres de la vie.

Celles qui se font sur la tête sont quelquefois très-graves, lorsque l'irritation qu'elles déterminent se propage au cerveau ou à ses membranes. Lorsque j'étais interne à l'hôpital des Vénériens, j'ai vu succomber, en quelques jours, à une inflammation avec suppuration du cerveau, un homme chez lequel on avait ruginé une portion de l'os frontal qui était affectée de carie.

Quant à la poitrine, il est remarquable qu'on fait souvent à ses parois des plaies énormes dans les cas d'amputations de seins sans qu'aucun symptôme d'inflammation se manifeste vers les viscères thoraciques ; et cependant l'épaisseur des parties qui séparent la surface de la plaie de la membrane séreuse est très-peu considérable.

Les opérations qui se pratiquent sur les parois de l'abdomen sont plus souvent suivies d'accidens inflammatoires ; mais cela tient à ce qu'on intéresse ordinairement quelques-uns des organes qu'il renferme où la séreuse qui tapisse sa cavité : c'est ainsi que la péritonite est souvent la suite de l'opération de la taille ou de la hernie étranglée.

Si les amputations ou extirpations des membres sont d'autant plus graves qu'elles sont faites plus près du tronc, c'est qu'elles laissent à leur suite de plus grandes plaies, et que le trouble qui survient dans la circulation et le système nerveux, plus considérable aussi, se communique aisément aux organes importans.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'état de spasme qui succède à toute grande opération est passé, il s'établit une réaction sur toute l'économie, et l'on voit les différens appareils modifiés dans leurs phénomènes fonctionnels. D'abord les battemens du cœur s'accélèrent; le pouls se développe, devient plus fréquent ; la chaleur de la peau augmente, il y a de la céphalalgie, le malade éprouve de la soif; les fonctions digestives sont troublées ; les urines sont rares et colorées : on observe enfin tous les symptômes qui constituent ce qu'on appelle *fièvre traumatique*. Jusqu'alors cet appareil fébrile ne présente pas de gravité ; au bout de quelques jours il baisse, et la maladie,

dégagée des accidens sympathiques qui s'étaient développés, se localise pour ainsi dire. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et d'autres fois on voit survenir des complications intérieures, soit parce que quelques viscères contiennent déjà des points d'irritation, ou parce que des circonstances extérieures ont déterminé des congestions dans leur parenchyme.

Un caractère général des phlegmasies qui se développent à la suite des grandes opérations, est de naître d'une manière insidieuse, de parcourir leurs différentes périodes avec rapidité, et de se terminer fréquemment par la mort. On est souvent étonné de trouver des désordres intérieurs très-étendus sur les cadavres d'individus qui n'avaient présenté que des symptômes peu graves pendant la vie.

Les appareils de la respiration et de la digestion sont ceux que l'on voit le plus fréquemment affectés. Il suffit de la plus légère impression du froid pour déterminer une inflammation du poumon ou de la plèvre. Les malades ne toussent quelquefois pas du tout, ont à peine la respiration gênée, et si on ne les ausculte pas, on méconnaît l'affection thoracique. Ce qu'il y a de plus remarquable dans les phlegmasies des organes parenchymateux, qui surviennent alors, et surtout dans celles du poumon, c'est la tendance très-grande qu'elles ont à se terminer par suppuration, et en particulier par la formation de petits abcès circonscrits. Lorsqu'on a enlevé les fausses membranes qui recouvrent le poumon, car presque toujours dans ces cas il y a en même temps pleurésie avec épanchement; on observe, disséminées çà et là à sa surface, de petites plaques jaunâtres plus ou moins régulièrement arrondies, et, dans ce point, le tissu de l'organe paraît avoir moins de consistance. Si on incise ces plaques, on pénètre dans de petites masses d'une substance de couleur jaunâtre au milieu desquelles se trouve une matière semi-liquide, ayant tous les caractères du pus, et contenant quelquefois des débris flottans de parenchyme pulmonaire. Plus profondément ces masses existent encore; tantôt elles sont plongées au milieu d'un tissu sain, d'autres fois elles sont entourées de portions de poumon engouées, ou hépa-

tisées, qui contrastent par leur couleur d'un rouge foncé avec la teinte jaune de ces petits foyers. Au premier abord on prend ces masses pour des tubercules; mais en les examinant attentivement dans toutes les nuances qu'elles présentent, on peut s'assurer que ce sont de véritables abcès. Le premier degrès est celui dans lequel il y a un commencement d'infiltration de pus dans le tissu pulmonaire : celui-ci présente alors une teinte mélangée de rouge et de jaune. Si on le presse entre les doigts, il offre encore une certaine résistance, et le pus ne peut pas en être exprimé; il est à l'état concret. A un second degré, les molécules du pus sont plus rapprochées; la masse est complètement jaunâtre, la résistance du tissu est moindre, la pression fait suinter de petites gouttelettes purulentes. Enfin, dans le troisième degré, le ramollissement est complet; le pus est tout à fait fluide, et présente les mêmes qualités que partout ailleurs. Tantôt ces abcès ne se trouvent que dans un seul poumon, d'autres fois ils existent dans tous les deux. Leur siége le plus habituelle est à la superficie de l'organe : on en trouve cependant au milieu de son épaisseur. Ils ont en quelque sorte une prédilection particulière pour la base des lobes, de l'inférieur surtout, car il est extrêmement rare d'en rencontrer vers le sommet.

Les lésions du cœur survenant après les grandes opérations sont rares; ce n'est guère qu'après celles qu'on a pratiquées sur de gros vaisseaux qu'on voit se développer des accidens vers cet organe.

Presque toujours alors il y a une altération des vaisseaux eux-mêmes qui coïncide. C'est ainsi qu'après la ligature d'une artère principale dans un cas d'anévrysme, il se manifeste quelquefois une inflammation de ses membranes, ou artérite, qui s'étend progressivement jusqu'aux cavités gauches du cœur, et amène un trouble plus ou moins considérable dans la circulation.

Après les organes thoraciques, ceux de la digestion sont ceux dans lesquels on trouve le plus souvent des altérations morbides; peut-être même pourrait-on dire qu'ils ressentent encore plus promptement l'influence portée sur toute l'économie par les opérations chi-

rurgicales. Les moindres erreurs de régime déterminent de suite de la douleur à l'épigastre, des nausées, des vomissemens, la rougeur et la sécheresse de la langue, des évacuations alvines plus abondantes. Il est rare qu'on ouvre des cadavres d'opérés sans qu'on rencontre des traces d'inflammation, telles que l'injection, le ramollissement, et quelquefois la perforation de l'une des portions du tube digestif. M. le docteur *Bernard* a eu, pendant qu'il était interne à l'hôpital de la Charité, l'occasion de constater des perforations très-étendues de l'estomac à la suite d'amputations des membres; il en a consigné les observations dans sa dissertation inaugurale: presque toujours elles n'avaient été annoncées par aucun symptôme pendant la vie. La marche ordinaire de ces affections fait qu'on ne leur oppose souvent aucune médication; par quels moyens, d'ailleurs, entraver la marche d'affections qui parcourent si rapidement leurs périodes et amènent si promptement la mort. Lorsque toutes les tuniques de l'organe sont détruites, une nouvelle maladie s'ajoute à la première par l'épanchement des matières gastriques dans la cavité du péritoine ou des plèvres, le diaphragme ayant été également perforé. Ces perforations spontanées de l'estomac s'observent aussi très-fréquemment à la suite des accouchemens laborieux; M. *Chaussier* en a rapporté des exemples.

On rencontre assez souvent aussi dans le foie de petits abcès semblables à ceux que j'ai décrits dans le poumon; tantôt il s'en trouve en même temps dans l'un et l'autre organe, d'autres fois ils existent isolément; comme dans le poumon, ils sont circonscrits, se développent surtout à la périphérie, et se présentent à des degrés variés depuis celui d'infiltration purulente jusqu'à celui de collection. La portion de tissu du foie qui entoure ces foyers a ordinairement une teinte grisâtre, et semble plus consistante; quelquefois on observe dans le foie, ainsi altéré, de petites taches légèrement jaunâtres, réunies en groupes disséminés çà et là; elles paraissent être le premier degré par par lequel ces abcès commencent. Si, dans les cas ordinaires d'inflammation suppurative du foie, les malades présentent un ordre de

symptômes qui font reconnaître le genre de la maladie, rien, dans ceux dont je parle, ne le fait, le plus souvent, pressentir; il y a peu ou même point de douleur dans la région hépathique, et la peau ne présente aucun changement bien sensible dans sa coloration.

Le cerveau étant l'organe auquel viennent aboutir toutes les sensations, doit être nécessairement un des premiers à se ressentir de l'excitation générale que produit une grande opération; plus celle-ci a été longue et douloureuse, plus aussi cet organe est douloureusement affecté; quelques constitutions, surtout celles dans lesquelles le système nerveux prédomine, ne peuvent y résister: c'est alors qu'il se développe des symptômes très-anomaux, très-graves, puisque la mort s'ensuit quelquefois très-promptement, sans qu'on trouve, à l'autopsie des viscères intérieurs, aucune lésion appréciable capable de les expliquer. Cependant il faut bien admettre qu'il en existe une, mais qui échappe à nos moyens d'investigations; car les propriétés de nos tissus sont liées d'une manière trop intime à l'organisation pour que les unes puissent être perverties et même abolies sans que l'état normal des autres ait été modifié. Dans d'autres circonstances, au contraire, les accidens cérébraux qui se manifestent laissent des traces après eux: c'est ainsi qu'on trouve les cavités du cerveau remplies d'une plus ou moins grande quantité de sérosité; le tissu sous-arachnoïdien infiltré d'un liquide séreux ou séro-purulent; la substance du cerveau injectée, ramollie, et quelquefois en suppuration. Les observations suivantes, qui m'ont été communiquées par mon ami et ancien collègue M. *Campaignac*, prouvent, d'une part, que les symptômes et les lésions les plus graves peuvent survenir vers l'encéphale à l'occasion d'une opération faite sur des parties qui en sont assez éloignées; et de l'autre, que cet organe peut être lésé profondément dans sa structure sans que les symptômes observés soient en rapport avec la gravité des désordres.

Une dame âgée de cinquante et un ans portait depuis plusieurs mois un cancer du sein gauche avec engorgement des glandes de l'aisselle; long-temps elle avait combattu, dans son esprit, l'idée d'une opéra-

tion que la marche des accidens semblait rendre inévitable, et toujours elle l'avait rejetée bien loin d'elle ; tout à coup elle se décide, et, sans prendre le temps de faire des dispositions de voyage, elle monte en voiture avec sa fille, et arrive à Paris, du fond de la Bretagne, le 11 mars 1827. A peine débarquée dans l'hôtel garni où elle s'est logée, elle court chez M. le professeur *Roux*, et le prie de l'opérer dans le plus bref délai possible. M. *Roux*, qui a jugé l'opération nécessaire, engage cependant cette dame à la différer de quelques jours, il lui fait observer qu'elle n'y est pas préparée comme il le voudrait ; il désirerait qu'elle fût parfaitement remise des fatigues de son voyage, que son esprit, d'ailleurs, fût plus calme et plus confiant dans l'avenir. Exhortations inutiles ! son parti est pris, il faut qu'elle soit opérée dès le lendemain. Elle arrange ses affaires ce jour-là même. La matinée du lendemain se passe en exercices de piété, et entre dix et onze heures l'opération est pratiquée. Le sein fut circonscrit par deux incisions semi-elliptiques ; une troisième se prolongeait vers l'aisselle, d'où on extirpa six ganglions indurés. L'opération fut laborieuse sans l'avoir été à l'excès. Après qu'elle fut terminée, la malade parla un instant ; mais, tandis qu'on nettoyait la plaie, il survint une syncope dont on ne put la faire revenir, malgré l'emploi de tous les moyens mis en usage en pareil cas ; après une demi-heure, la respiration et la circulation se rétablirent, mais la perte des facultés intellectuelles et des mouvemens volontaires persista. La plaie étant pansée, la malade fut mise au lit. Ses yeux étaient fermés, son corps froid et complètement insensible ; on le recouvrit de linges chauds. A quatre heures du soir, même état. (Sinapismes aux coude-pieds.) A six heures, on les lève ; ils n'avaient pas rougi la peau ; les yeux s'ouvrirent un instant pour se refermer aussitôt ; la figure se réchauffe, le pouls se relève et la respiration devient plus facile. Les liquides bus sont rejetés sans efforts. Vers huit heures, la respiration s'accélère, quelques convulsions apparaissent dans le côté droit, et commencent par l'extrémité inférieure ; les traits de la face et les yeux se portent de ce côté. Cet accès dure trois à quatre minutes, et se termine par une

salivation écumeuse ; le côté gauche est immobile, à l'exception des orteils, affectés de quelques contractions convulsives. Ces accès reparaissent plusieurs fois jusqu'à neuf heures ; alors le pouls devient fort, plein, la figure rouge et chaude, la respiration accélérée et râlante. (Saignée du bras, seize sangsues aux cuisses, vésicatoire à la nuque, sinapismes aux jambes, potion calmante.) Cette médication n'amène du calme que pour quelques instans. A deux heures du matin, vésicatoires aux jambes avec l'eau bouillante : aucun changement ne se manifeste. Vers six heures, large vésicatoire sur le crâne. (Lavement avec le quinquina, le camphre et l'éther.) Dans la journée, le pouls devient petit, la respiration plus gênée, le corps se couvre d'une sueur froide. Le soir, la malade succombe.

Autopsie cadavérique. Le cerveau seul fut examiné. L'arachnoïde était injecté des deux côtés ; deux taches noires existaient à la surface inférieure de l'hémisphère droit, vers le centre du lobe moyen et en avant du lobe antérieur; elles s'enfonçaient dans les anfractuosités, et là la substance grise était comme combinée avec du sang; au-dessous, la substance blanche était ramollie et mêlée à de la sérosité sans la moindre injection ; toutes les autres parties du cerveau étaient dures, sèches et non injectées.

L'opération qui a été faite dans ce cas a-t-elle été la cause déterminante des accidens cérébraux qui l'ont suivie ? Je ne le pense pas : on ne peut guère supposer qu'une altération aussi profonde se développe en aussi peu de temps ; cette dame, a-t-on dit, était sujette à de violens maux de tête : il serait possible qu'alors il existât déjà dans le cerveau quelque travail pathologique latent, qui, tout à coup, aurait pris de l'acuité, à l'occasion de la secousse imprimée au système nerveux.

Un jeune homme âgé de vingt-huit ans, d'une constitution grêle, entra à l'hôpital de la Charité, le 11 janvier 1827. Il portait depuis trois années une tumeur blanche au pied ganche, qui, par les progrès qu'elle faisait, rendait l'amputation de la jambe nécessaire ; elle fut pratiquée le 28 janvier. La plaie fut réunie par première intention ; aucun

accident ne survint d'abord, et jusqu'aux premiers jours de février le malade était en très-bon état; la cicatrisation de la plaie paraissait vouloir bien s'opérer. A cette époque, le moignon se tuméfia, s'enflamma; plusieurs abcès se développèrent et fournirent un pus mal élaboré. Le malade s'affaiblit graduellement, et cependant il n'accusait aucune douleur; les facultés intellectuelles et les mouvemens restèrent complètement libres jusqu'au 14 février, où il mourut presque subitement, dans la nuit, après quelques heures d'agonie. La plaie du moignon était alors aplatie et recouverte d'une membrane lisse, comme sécrétante.

A l'ouverture du cadavre, on trouva, à la surface de la couche optique droite, une petite saillie, à travers laquelle on sentait de la fluctuation. Après l'avoir incisée, on observa un petit foyer long de quatre lignes, large de trois, rempli de pus rougeâtre; sa face interne était inégale, et la substance cérébrale environnante était piquetée et rougeâtre dans l'étendue d'une demi-ligne. Il y avait aussi un peu de sérosité purulente dans les ventricules latéraux. Sur divers points de la surface du corps, et principalement à la poitrine, existaient d'autres petits abcès. Tous les autres organes intérieurs étaient sains. Le tissu cellulaire extérieur du moignon était infiltré de pus.

Peu d'accidens, en général, se développent vers les organes urinaires après les grandes opérations. Dans les premiers jours qui leur succèdent, la sécrétion de l'urine est ordinairement peu abondante. Les rétentions d'urine qu'on observe quelquefois sont rarement dues à l'inflammation de la vessie; elles sont plus souvent le résultat de la contraction spasmodique du col, qui cesse aussitôt que l'éréthisme est dissipé : ce n'est guère que dans les opérations où ce réservoir a été lui-même intéressé, comme dans la cystotomie, qu'on voit survenir des symptômes de cystite; et encore n'est-il pas certain qu'ils soient entièrement produits par elle, puisque la présence continuelle d'un corps étranger suffit pour les provoquer.

Mais les inflammations des organes intérieurs ne sont pas les seules, ai-je dit, qui puissent être funestes; celles des parties environnantes,

telles que le tissu cellulaire, les veines, les artères, etc., présentent bien aussi leur degré de gravité. Comme exemple venant à l'appui de ma proposition, je citerai l'observation suivante :

La nommée Marie Pairoux, âgée de quarante-cinq ans, entra à l'hôpital de la Charité, dans le courant de l'année 1826. Douée d'un tempérament sanguin et d'une excellente santé, cette femme avait depuis six mois une tumeur qui occupait toute la partie supérieure du cou comprise depuis l'angle droit de la mâchoire jusqu'à la symphyse. De forme ovoïde, indolente, mobile, elle était bosselée, et paraissait formée par une agglomération de glandes lymphatiques chroniquement engorgées. M. *Roux*, jugeant qu'il était possible d'en faire l'extirpation, la pratiqua ainsi qu'il suit. La peau, étant saine, fut incisée crucialement, de manière à former quatre lambeaux, deux supérieurs et deux inférieurs : leur dissection fut facile, mais celle de la base de la tumeur fut minutieuse, à cause de ses rapports avec l'artère carotide et les veines jugulaires ; toutefois son ablation put être terminée sans qu'aucun de ces vaisseaux importans fût lésé. Il resta alors une plaie d'une étendue considérable, au fond de laquelle on apercevait les muscles sterno-mastoïdien et mylo-hyoïdien très-bien disséqués. Les lambeaux furent maintenus rapprochés au moyen de bandelettes agglutinatives. Le lendemain de l'opération, il se développa une fièvre assez forte ; la malade était très-agitée, et remuait continuellement le cou, quoiqu'on lui eût recommandé de garder un repos absolu. La fièvre augmenta, et il s'y joignit, dès le quatrième jour, de la toux et de la gêne dans la respiration, comme si un corps étranger eût existé dans le larynx ; en effet, l'inspiration était bruyante, sifflante, et accompagnée de grands efforts : la langue était rouge et tuméfiée. (Saignée du bras, trois poêl.; pot. gomm.; orge miélée, deux pots.) Au cinquième jour, on leva l'appareil : les lambeaux supérieurs étaient un peu réunis ; mais les inférieurs, ayant obéi à leur propre poids, ne l'étaient pas ; un léger érysipèle s'était développé à leur base ; la suppuration était de mauvaise nature. Le sixième jour,

la gêne de la respiration augmenta, les inspirations étaient plus bruyantes; la face était altérée, le pouls fréquent et très-petit. Dans la nuit la malade mourut

Autopsie cadavérique faite vingt-quatre heures après la mort. Le tissu de la langue est très-gonflé, et infiltré d'un liquide séreux un peu louche; les papilles de la base sont très-rouges et plus grosses que de coutume. L'épiglotte est petite et contractée sur elle-même : à sa droite, et dans la gouttière que tapisse sur ses côtés la muqueuse de la bouche, existe une ulcération longue de huit à dix lignes, et en partie recouverte par une espèce de lambeau de couleur jaunâtre, fétide, se détachant facilement et se déchirant de même, mais ressemblant plutôt à du tissu gangréné qu'à une fausse membrane. Après avoir incisé dans cet endroit, on aperçoit un petit foyer contenant du pus, qui a son siège dans les muscles intrinsèques du larynx, et qui s'étend, sous forme d'infiltration purulente, jusqu'aux muscles qui de ce côté forment la base de la langue. La membrane intérieure du larynx est injectée; ses ventricules sont resserrés : en incisant celui du côté gauche, on fait aussi sortir du pus d'un second foyer. Cette ulcération du larynx ne communique aucunement avec la plaie extérieure. Les poumons sont sains, ainsi que tous les autres organes.

Il est, je crois, évident que, dans ce cas, l'extirpation de la tumeur a été la cause déterminante des accidens mortels qui se sont développés. La malade, avant, était très-bien portante, et ne présentait aucun signe de maladie du larynx; rien ne contr'indiquait cette opération : le volume de la tumeur, qui faisait des progrès continuels, son voisinage de l'organe important qu'elle pouvait comprimer, la rendaient au contraire nécessaire. Mais il était impossible qu'une plaie semblable à celle qui en était résultée guérît sans qu'une inflammation assez considérable se manifestât : dès-lors il était à craindre, et l'événement ne l'a que trop justifié, qu'elle ne se propageât jusqu'au larynx. C'est dans ces cas peut-être où un traitement antiphlogistique sévère doit être employé.

Lorsque, après les amputations des membres, les bords de la plaie

ont été réunis par première intention, on observe souvent l'inflammation du tissu cellulaire extérieur au moignon : celui-ci devient rouge, tendu, tuméfié et douloureux; les bords de la plaie se trouvent écartés, et la réunion ne s'opère pas, ou ne s'opère qu'incomplètement. Si d'autres accidens plus graves amènent la mort du malade, on trouve le tissu cellulaire infiltré de pus, quelquefois même des clapiers très-étendus se sont formés jusqu'à la partie supérieure du membre. Dans quelques cas, aucune douleur, aucun gonflement, n'ont décélé le travail inflammatoire qui s'opérait, et l'on n'a pu le soupçonner qu'en voyant la suppuration être plus abondante que ne le comportait l'étendue de la plaie. Sans doute si on ne peut pas dire que la réunion immédiate a été la cause unique de ces accidens, au moins faut-il remarquer qu'ils sont très-rares après la réunion non immédiate. Le but qu'on se propose dans la première méthode est d'obtenir la guérison de la plaie avec le moins de suppuration possible; mais, pour que cela arrivât toujours, il faudrait qu'il ne se développât que le degré d'inflammation justement nécessaire pour l'agglutination de ses bords. D'ailleurs, lorsque le moignon est très-conique, et que la surface de la plaie est large, comme cela a lieu après l'amputation de la cuisse, il devient encore très-difficile que la réunion du fond s'opère aussi bien que celle des bords; et cette circonstance, en facilitant l'accumulation du pus, est défavorable à l'adhésion primitive. Je suis loin, malgré cela, de rejeter une méthode que des hommes du premier mérite ont, avec beaucoup de raison, préconisée ; mais je crois, et c'est en m'appuyant sur des faits assez nombreux, que j'ai observés, que je me permets d'avancer cette opinion, que c'est celle qui exige le plus qu'on développe, pendant les premiers jours qui suivent l'opération, une médication antiphlogistique énergique, telle que la saignée, quoique proportionnée à l'état de l'individu, si on veut prévenir les complications inflammatoires qu'on voit si fréquemment survenir.

Les symptômes d'inflammations du bas-ventre qui se manifestent dans le plus grand nombre des cas après l'opération de la taille, ne

sont pas toujours dus à l'inflammation du péritoine; celle du tissu cellulaire du petit bassin est, sans contredit, beaucoup plus fréquente et tout aussi grave. Cette différence tient à des causes tout à fait physiques. Quand un calcul est peu volumineux, son extraction de la vessie est ordinairement facile, à moins qu'étant d'une forme allongée il ne soit saisi par son plus grand diamètre; mais d'autres fois il a un volume considérable, il est hérissé d'aspérités, et de quelque manière qu'il soit chargé on est obligé de faire beaucoup d'efforts qui rendent l'opération laborieuse. Dans quelques cas enfin, l'incision des parties est primitivement trop petite et trop peu en rapport avec le volume du corps à extraire. Le col de la vessie, la glande prostate, le tissu cellulaire de la plaies extérieure, se trouvent violemment meurtris, contondus et s'enflamment. Il suit de toutes ces considération que l'étendue du débridement est une circonstance importante dans l'exécution de l'opération de la pierre au-dessous du pubis. Aucune des différentes méthodes par lesquelles on peut la pratiquer n'est complètement à l'abri de ces accidens, mais toutes n'y exposent pas également. Celle qui procure la plus grande ouverture sans crainte de léser quelques-unes des parties importantes à travers lesquelles on pénètre est la plus avantageuse, par elle on risque moins de contondre ou de déchirer le col de la vessie et la glande prostate. Toutefois, il est des bornes à prescrire, puisqu'en débridant trop largement en travers au-delà de la prostate on intéresse l'aponévrose périnéale supérieure qui est appliquée sur les côtés de ce corps, et on facilite l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, où elle produit inévitablement une inflammation suppurative. C'est ordinairement sous la forme d'infiltration purulente que cette inflammation se manifeste; tantôt elle remplit tout le petit bassin; d'autres fois elle se prolonge au-devant de la vessie, en arrière jusque dans les fosses iliaques, et le tissu cellulaire qui environne les reins. Le plus souvent elle s'annonce par un sentiment de chaleur dans l'intérieur du bassin; la région inférieure du ventre est douloureuse, tendue; il y a de la fièvre, des frissons. Ces symptômes commencent

à se développer le deuxième ou troisième jour après l'opération, et la mort survient le plus ordinairement vers le quatrième ou le cinquième. Quelquefois aucune douleur ne se fait ressentir ; l'infiltration de l'urine paraît se faire plus lentement, et la mort survient plus tard. Enfin on voit d'autres fois l'inflammation du tissu cellulaire du petit bassin coïncider avec une véritable péritonite ou avec une inflammation des veines, comme le prouve l'observation suivante :

Étienne Gallois, âgé de soixante ans, profession de ferblantier, d'une constitution faible, éprouvait depuis six années tous les symptômes indiquant la présence d'un calcul dans la vessie, lorsqu'il fut admis à l'hôpital de la Charité. L'existence de la pierre étant constatée, on voulut le débarrasser promptement de l'état de souffrances continuelles dans lequel il était, et, après l'avoir préparé à l'opération, en lui faisant prendre des bains pendant plusieurs jours, M. *Boyer* la lui pratiqua, le 7 janvier 1825, par la méthode latérale. L'exécution en fut faite avec toute l'habileté qui caractérise ce savant professeur ; l'extraction de la pierre fut seulement un peu laborieuse, à cause de son volume considérable : elle avait une forme cubique, et était hérissée d'une foule d'aspérités saillantes d'une ligne environ. Le jour même de l'opération, le malade éprouva beaucoup de calme, dormit toute la journée ; il avait à peine de la fièvre, ne souffrait d'aucune part, et les urines s'écoulaient librement par la plaie. Les jours suivans, même état.

Le 20 mars, quatorzième jour après l'opération, il éprouve dans la journée un frisson qui dure une grande heure, et se reproduit le lendemain matin. A la visite, la langue et les lèvres sont sèches, la figure est altérée, le pouls petit et fréquent ; cependant le ventre est indolent ; la voix est enrouée, mais il n'y a pas de toux ; les jambes et les cuisses, surtout celles du côté droit, sont le siége de douleurs vagues qui augmentent par la pression du membre.

Le 22, nouveaux frissons le matin et à plusieurs heures de la journée ; langue toujours sèche et rouge, figure grippée.

Le 23, même état, membre abdominal droit encore plus douloureux. (Vésicatoires aux jambes.)

Le 24, langue très-sèche, pouls très-petit, misérable; prostration extrême. (Vésicatoires aux cuisses.)

Mort dans la journée.

Nécropsie. — *Poitrine.* Poumons et cœur dans l'état sain. — *Abdomen.* Muqueuse gastrique légèrement rouge et ramollie dans son grand cul-de sac; muqueuse intestinale saine. Reins et uretères dans l'état normal; vessie très-contractée, épaissie, ayant sa membrane interne d'une couleur gris rougeâtre dans toute son étendue; ses rides sont très-saillantes, et laissent entr'elles de petites vacuoles qui contiennent du pus. Glande prostate et canal de l'urètre sains. Le trajet de la plaie présente une surface d'un gris noirâtre, comme mortifié; elle communique avec le tissu cellulaire du petit bassin, qui est le siége d'une suppuration abondante, surtout à gauche, et qui s'étend jusqu'au-dessus du sacrum. Toutes les parties molles qui recouvrent cet os, excepté le périoste, en sont détachées. Les veines hypogastriques sont gorgées d'un sang très-noir. — *Membres abdominaux.* On observe d'abord dans les muscles jumeaux, qu'on a incisés, de petites taches rougeâtres semblables à des ecchymoses; quelques veines se trouvant ouvertes, on en voit sortir du pus bien formé. On les poursuit alors dans leur trajet en les disséquant jusqu'à la partie supérieure du membre, et on remarque que les unes contiennent du sang mêlé avec du pus, les autres du pus seulement. Leur membrane interne a une teinte d'un rouge très-foncé. Ces traces de phlébite existaient aussi à un degré plus prononcé dans le côté droit que dans le gauche. Les artères étaient saines.

Le traitement antiphlogistique qu'on oppose à ces inflammations traumatiques du péritoine et du tissu cellulaire du petit bassin ne sont pas toujours efficaces; on les voit se développer, quoique les malades aient perdu beaucoup de sang pendant et après l'opération, alors même qu'ils ont été saignés. L'introduction d'une grosse canule de gomme élastique dans la plaie et pénétrant jusque dans la vessie

étant un moyen de faciliter l'écoulement des urines au-dehors, et par conséquent d'empêcher leur infiltration au-dedans, ne doit pas être négligée. C'est surtout après que des ligatures ont été placées sur les veines que leur inflammation s'observe; cela paraît tenir, suivant M. *Travers*, à ce que leur membrane interne est moins disposée à l'inflammation adhésive que celle des artères. Ainsi, à la suite des amputations des membres, on trouve quelquefois du pus dans l'intérieur de la veine principale du moignon, avec exsudation pseudo-membraneuse à la surface de sa tunique interne, qui est en même temps d'une couleur rouge foncé. Dans quelques cas, cette inflammation se propage très au loin jusque dans les cavités droites du cœur; presque toujours alors la veine avait été comprise dans une ligature. Cependant il ne faut pas croire que le pus ne puisse exister dans les veines que lorsqu'elles sont enflammées. Ces vaisseaux, comme l'ont prouvé les expériences de M. *Magendie*, possèdent la propriété d'absorber : or, lorsque leurs orifices sont en contact avec du pus, ils peuvent l'absorber aussi bien que tout autre liquide, et de là le porter dans le torrent de la circulation; mais bientôt il agit sur le sang comme corps étranger, et il ne tarde pas à être éliminé et à venir se déposer dans le tissu de quelques organes. Ce qui semble donner quelque consistance à cette hypothèse, c'est que, dans les cas où des malades sont en proie à de grandes suppurations, on voit très-souvent se développer avec une très-grande rapidité de petites collections purulentes dans différentes parties du corps, sans que des symptômes aient annoncé ce travail pathologique, et ce qui se passe alors est, en quelque sorte, l'opposé de ce qu'on observe ordinairement. Au lieu d'être précédée par l'inflammation, la présence du pus la suscite, au contraire, par l'irritation qu'elle détermine dans les tissus. Si on examine les veines, on n'y trouve aucune trace de phlegmasie; le pus n'existe même quelquefois mêlé avec le sang que dans de gros troncs très-éloignés, la veine-cave, par exemple. Enfin, dans le cas de diathèses cancéreuses, on rencontre aussi dans les veines, et M. *Velpeau* en a rapporté des observations dans les Archives générales de

médecine, une matière tout à fait semblable à celle du cancer et mélangée avec le sang. Si à ces faits incontestables nous ajoutons ceux que nous fournissent les expériences modernes empruntées à l'art vétérinaire, nous serons obligés d'avouer que, dans quelques cas, les fluides peuvent réellement être le siége primitif des maladies, et que les idées de solidisme ne doivent pas nous guider exclusivement dans l'explication de leur nature intime. En effet, le sang d'un animal charbonneux vivant ou mort, introduit dans les veines d'un autre animal sain, détermine chez ce dernier le développement d'affections charbonneuses. L'injection d'une certaine quantité de pus dans les veines d'un cheval a provoqué une inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-cutané (1).

L'inflammation des artères, beaucoup moins fréquente que celle des veines, ne s'observe guère aussi que dans les cas de ligature des gros troncs. Les symptômes qui la décèlent sont encore moins tranchés que ceux de la phlébite; la position profonde de ces vaisseaux les soustrait à nos moyens d'investigation. Un caractère commun à l'inflammation des artères et des veines, c'est la tendance extrême qu'elle a à s'étendre et à produire une irritation générale très-grande. La terminaison par suppuration est plus rare dans les artères, peut-être à cause de la rapidité avec laquelle le sang y circule. Beaucoup d'auteurs ne considèrent pas la rougeur de leur membrane interne comme suffisant seule pour indiquer qu'il y a eu inflammation. Je pense bien, comme eux, que souvent cette rougeur est un phénomène cadavérique produit par un commencement d'imbibition; mais alors elle a une teinte violacée bien différente de la teinte écarlate avec injection qu'on rencontre dans d'autres circonstances, et qui est due à une véritable phlegmasie. L'observation suivante, par laquelle je terminerai cet essai, bien imparfait sans doute, est un exemple remarquable d'artérite réelle, puisqu'il y a eu suppuration et perforation

(1) *Leuret*, Essai sur l'altération du sang, mai 1826.

des tuniques de l'artère, et de ce genre d'inflammation suppurative du poumon dont j'ai parlé plus haut.

Louis Deligny, âgé de trente-deux ans, fortement constitué, d'un tempérament bilioso-sanguin, entra à l'hôpital de la Charité le 17 février 1825, pour s'y faire guérir d'un anévrysme de l'artère poplitée du côté droit. L'apparition de cette tumeur, qu'il portait depuis cinq mois environ, avait été précédée de douleurs vives dans le creux du jarret, et d'une augmentation dans la force des battemens de l'artère. Son développement s'était opéré insensiblement; et quoique douloureuse et gênant la marche, Deligny avait encore continué à travailler pendant un certain temps, après lequel il se décida à venir se faire opérer à Paris, encouragé par un de ses amis, qui avait été traité avec succès de la même maladie à la Charité. La tumeur anévrysmale avait alors le volume d'un œuf de poule; elle était le siége de battemens très-prononcés, qu'on augmentait ou diminuait, suivant qu'on exerçait une compression au-dessous ou au-dessus d'elle. Elle était assez molle pour être déprimée par la main, ce qui porta à croire qu'il ne s'était pas encore formé de couches fibrineuses dans son intérieur; une pression un peu forte y déterminait de la douleur, et la gêne qu'elle apportait dans la progression était telle, qu'après une marche de quelques heures le pied et la jambe se gonflaient. Du reste, jouissant d'une très-bonne santé, Deligny se trouvait dans les conditions les plus favorables au succès de l'opération. M. *Roux* la lui pratiqua le 25 février, cinq jours après son entrée à l'hôpital. L'artère crurale fut mise à découvert dans l'espace inguinal inférieur, par une incision longue de trois pouces, commencée à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'arcade crurale, et dirigée le long du bord interne du muscle couturier. Après avoir été disséquée et séparée avec soin des vaisseaux veineux et des nerfs qui l'accompagnent, elle fut comprise entre deux ligatures plates de trois lignes de largeur, qui furent nouées sur un petit cylindre de diachylon, long d'un pouce, épais de deux à trois lignes,

qu'on plaça sur la partie antérieure de l'artère. Les ligatures furent serrées de manière à aplatir le vaisseau, et à mettre sa paroi interne en contact avec elle-même dans une certaine étendue. Aussitôt les battemens furent suspendus dans la tumeur anévrysmale. La plaie fut pansée mollement, et le membre entouré de flanelle et de sachets remplis de sable chaud. (Petit-lait, potion antisp.) Dans la journée le malade éprouve des douleurs dans le genou et les malléoles.

Le lendemain 24, le pouls est plein et fréquent, les mêmes douleurs persistent, la face est animée. (Saignée du bras trois poêlettes, petit-lait.)

Le 25, douleurs à l'épigastre, saignement de nez ; le pouls, toujours fréquent, est moins plein, la chaleur se conserve très-bien dans le membre. Deligny est morose, et semble inquiet sur le résultat de son opération. (Limonade.)

Le 26, même état, plus, céphalalgie; persistance des saignemens de nez : on pratique le soir une nouvelle saignée du bras.

Le 27, état plus satisfaisant; la céphalalgie, la douleur à l'épigastre et les saignemens de nez se sont dissipés, le pouls est moins fréquent.

Le 28, levée du premier appareil, la plaie est en voie de suppuration ; dans la journée nouvelle épistaxis. La tumeur anévrysmale paraît déjà un peu plus dure et un peu moins volumineuse. Le mieux se soutient pendant quelques jours ; on applique un tourniquet sur l'arcade crurale sans lui faire exercer aucune compression; mais afin de pouvoir de suite suspendre l'hémorrhagie dans le cas où elle surviendrait.

Le 10 mars, le malade accuse une douleur vive en dehors de la plaie ; la cuisse paraît un peu tuméfiée dans cet endroit, et quand on la presse on en fait sourdre du pus. L'existence d'un foyer profond paraissant évidente, on pratique une incision qui pénètre jusqu'à l'aponévrose, et donne issue à une grande quantité de pus.

Le 12 mars, dix-huitième jour commençant après l'opération, on exerce quelques tractions sur les ligatures, et elles se détachent avec

facilité du fond de la plaie en entraînant avec elle le petit cylindre de diachylon.

Le 14, un petit furoncle qui s'est développé à la partie antérieure et moyenne de la cuisse se termine par l'ulcération de la peau, et fournit du pus qui semble venir de loin. Depuis ce moment le malade a de la fièvre, le pouls est fréquent, la langue sèche et rouge; il éprouve tous les jours, à plusieurs reprises et à des heures variables, un frisson assez fort, mais qui n'est pas suivi de sueurs; il ne souffre, ni du ventre, ni de la poitrine, mais il ressent des douleurs vagues indéterminées dans le membre opéré, qui est devenu sensible à la moindre pression; le poids du tourniquet est même si insupportable qu'on est obligé de le retirer.

Le 16, persistance des frissons, qui sont toujours très-irréguliers. (Décoction de quinquina trois verres.)

Le 17, même état. (Même prescription; plus sulfate de quinine, quatre prises de 4 grains chacune.)

Le 18, pouls très-fréquent, langue très-sèche et très-rouge, surtout vers sa pointe et ses bords; peau aride, dévoiement. (Même prescription.)

Le 19, délire dans la nuit, dévoiement plus abondant, ventre douloureux dans la direction du colon transverse; figure altérée, traits grippés, nez effilé. (On cesse les toniques; riz gommé, édulcoré avec le sirop de gomme, deux pots.)

Le 20, frissons très-violens à l'heure de la visite, et qui se renouvellent dans la journée; langue très-sèche et très-rouge; douleurs vagues dans le membre; suppuration de mauvaise nature. Le soir, le ventre est très-douloureux dans toute son étendue; les évacuations alvines sont supprimées; le délire continue. (Même prescription.)

Le 21, pouls petit et fréquent, frisson au matin, agitation extrême dans la journée, teinte jaune de la figure, soif extrêment vive.

Mort à dix heures du soir.

Ouverture du corps faite trente-six heures après la mort. — Habitude extérieure. Teinte jaune de la face, poitrine large et bien déve-

loppée ; membre abdominal droit dans un état de semi-flexion ; il est plus volumineux que le gauche, et infiltré surtout vers la jambe, où la peau est violacée.

Examen du membre. Avant de procéder à cet examen, MM. *Boyer* et *Roux* voulurent qu'il fût injecté, afin de pouvoir juger de la dilatation qu'avaient dû éprouver les artères par lesquelles la circulation collatérale s'était établie. Après avoir placé une ligature sur l'artère iliaque primitive du côté gauche, au-dessous de son origine, nous poussâmes par l'aorte une injection fine dans l'iliaque primitive de l'autre côté. Nous avions préalablement appliqué une autre ligature sur le bout supérieur de l'artère crurale, dans la crainte que la matière de l'injection ne chassât devant elle le caillot qui s'y était formé. Mais, au moyen des anastomoses qu'ont entr'elles les artères hypogastriques, elle pénétra en partie dans la cuisse gauche, et le but qu'on se proposait fut manqué. Nous disséquâmes alors l'artère crurale, et nous observâmes que sa continuité était interrompue là où avaient été placés les deux ligatures. Le bout supérieur était séparé de l'inférieur dans l'étendue de cinq à six lignes ; de plus, il était uni à la veine crurale, avec laquelle il semblait se continuer, et contenait dans son intérieur un caillot long de deux lignes environ, très-peu adhérent à la membrane interne de l'artère dont l'orifice était resserré et faisait corps avec l'extrémité du caillot. Ce mode d'oblitération aurait été détruit sans aucun doute par l'injection, si nous n'avions eu la précaution d'appliquer au-dessus une ligature qui produisît elle-même une division des membranes interne et moyenne. Cela dut se faire d'autant plus aisément que l'artère était enflammée et rendue par conséquent plus friable. Le bout inférieur était oblitéré d'une manière plus solide. Il contenait un caillot long de trois pouces, plus adhérent que le précédent à sa surface interne, surtout près du point où elle avait été divisée. Dans le reste de son étendue, l'artère contenait du pus ; sa membrane interne était épaissie, jaunâtre, ramollie dans quelques points. Un peu avant celui où elle traverse l'anneau du troisième adducteur, elle présentait une perforation large de deux à trois

lignes, qui la faisait communiquer avec un foyer purulent, au milieu duquel elle était plongée, et qui avait décollé les muscles insérés sur le fémur, sans altérer cependant son périoste. Ce foyer ne communiquait qu'avec le furoncle qui s'était développé en dernier lieu. Quant à la tumeur anévrysmale, située dans le creux du jarret, elle s'était formée en dehors de l'artère poplitée, et elle éteit recouverte en arrière par les divisions du nerf sciatique, qui étaient très-distendues et un peu aplaties, et en dedans par la veine poplitée. Isolée de toutes les parties molles qui l'environnaient, elle avait à peu près le volume d'un œuf de poule et était élastique et rénitente. Au moyen d'une incision, on en fit sortir du sang coagulé qui remplissait tout le sac, mais ne s'était pas encore déposé sous forme de couches fibrineuses. La paroi interne de ce sac était d'un rouge-foncé, assez lisse, et ne présentait aucune éraillure, aucune ulcération; les ouvertures par lesquelles il communiquait avec les deux bouts de l'artère étaient également lisses et arrondies, et la membrane qui tapissait l'un et l'autre semblait être la même.

Cette disposition intérieure de la tumeur nous porta à croire qu'elle était du nombre de celles qu'on a appelées *anévrysme vrai*, *spontané*, et dans lequel toutes les tuniques artérielles sont également dilatées. L'ouverture supérieure contenait un caillot conique dont la base faisait saillie dans l'intérieur du sac, et le sommet se prolongeait de quelques lignes dans l'artère. L'ouverture inférieure était libre; la partie postérieure de l'articulation tibio-fémorale, sur laquelle appuyait la tumeur, n'était nullement altérée. Les artères tibiale et péronières n'avaient pas changé de volume. Les veines saphènes interne et externe, les veines poplité et crurale étaient remplies de pus; leur membrane interne était presque partout jaunâtre, épaissie, ramollie, et, dans quelques points peu étendus de la partie supérieure du membre, elle était d'un rouge très-foncé. Les artères dans lesquelles l'injection avait pénétré nous parurent un peu plus grosses que dans l'état normal, la musculaire profonde surtout. Le tissu cellulaire du membre contenait une grande quantité de sérosité infiltrée dans ses mailles.

Abdomen. L'estomac était prodigieusement dilaté, et se prolongeait jusque dans l'hypochondre droit ; sa membrane interne était d'un rouge-foncé dans presque toute son étendue ; vers le grand cul-de-sac, elle était grisâtre et ramollie. Les intestins étaient sains ; le foie petit et mollasse, la vésicule distendue par une grande quantité de bile.

Thorax. La cavité droite de la poitrine était le siége d'un épanchement pleurétique très-abondant. Les plèvres costale et pulmonaire étaient, de ce côté, recouvertes de fausses membranes, d'une couleur jaune aussi foncée que si elles eussent été teintes par de la bile. Le lobe inférieur du poumon droit était hépatisé dans toute son étendue, et présentait çà et là, et à des degrés variables, de petits abcès circonscrits. Les lobes moyen et supérieur, ainsi que le poumon gauche, étaient engoués de sérosité sanguinolente. La membrane interne qui tapisse l'orifice aortique du cœur et les valvules sygmoïdes étaient d'un rouge très-prononcé ; cette rougeur se propageait dans toute l'étendue de l'aorte, et était surtout très-prononcée dans sa portion pectorale ; elle était nuancée, dans ce point, par un assez grand nombre de petites plaques blanches, formées par un commencement d'épaississement, avec induration de la membrane interne. Si on détachait cette dernière, on voyait la tunique moyenne participer un peu à la rougeur générale. Un peu au-dessous de la courbure de l'aorte, existait une intumescence rougeâtre de quatre à cinq lignes d'étendue, et semblable à une grosse pustule ; enfin, la rougeur diminuait vers l'aorte abdominale, pour reparaître vers sa bifurcation, et se confondre avec celle que nous avions déjà observée dans l'artère crurale. La veine cave n'offrait aucune trace d'inflammation.

Cerveau. Sa substance était dans l'état normal ; ses sinus et ses veines étaient seulement très-gorgés de sang.

Cette observation est intéressante sous plus d'un rapport. D'abord, quoique l'individu qui en est le sujet ait succombé, elle peut être considérée comme un exemple de plus en faveur du procédé opéra-

toire qui a été suivi. La ligature avec aplatissement des artères principales des membres a été remise en ferveur dans ces temps modernes par le célèbre *Scarpa*. L'efficacité de ce procédé a, depuis, été sanctionnée par l'expérience. C'est le procédé qu'ont adopté M. *Boyer* et M. *Roux*. Plus de trente ligatures ont été pratiquées par M. *Roux* avec le plus grand succès. Dans le cas qui nous occupe, la tumeur avait très-sensiblement diminué de volume, sans que les battemens s'y fussent reproduits. Le malade avait échappé aux deux accidens qui sont le plus à craindre après l'opération de l'anévrysme, c'est-à-dire l'hémorrhagie et la gangrène. C'est à la multiplicité des inflammations qui se sont développées qu'il a succombé; et ici remarquons combien elles ont été insidieuses dans leur marche. Cependant, quoique les symptômes observés fussent assez insolites, on les avait principalement rapportés à l'inflammation de l'estomac et des intestins. Rien ne semblait indiquer que l'appareil pulmonaire fût aussi altéré ; l'auscultation seule aurait pu nous éclairer, mais elle n'avait pas été employée. Quant à l'artérite et à la phlébite, c'est peut-être au peu de données précises qu'on possède aujourd'hui sur l'inflammation des vaisseaux qu'il faut attribuer l'ignorance dans laquelle nous sommes restés sur son existence ; et d'ailleurs était-il bien facile d'en saisir les signes à travers la foule d'accidens que le malade éprouvait? Quoi qu'il en soit, ce point de pathologie est un de ceux qui réclament le plus l'attention des médecins observateurs.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Ibid.*, *aph.* 24.

III.

Ubi sumnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

IV.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

V.

Deliria, cum risu quidem accidentia, securiora : cum studio verò, periculosiora. *Sect.* 6, *aph.* 53.

VI.

A sanguinis vomitu tabes, et puris purgatio sursùm. A tabe, fluxus ex capite. A fluxu, alvi profluvium. Ab alvi profluvio, inhibitio purgationis sursùm. Ab inhibitione, mors. *Sect.* 7, *aph.* 78.